DU CONSEIL
DU STATUT
DE LA FEMME

Québec

Gouvernement du Québec
Conseil du statut de la femme

RÉACTION DU CSF AU DOCUMENT DU MSSS INTITULÉ "LA PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC. ÉTUDE D'UN MOYEN POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS: LA PRATIQUE DES SAGES-FEMMES"

Septembre 1987

Ce texte a été adopté à la réunion du Conseil du statut de la femme du 18 septembre 1987

Céline Perron
Direction de la recherche
et de l'analyse

Québec:
8, rue Cook
3ième étage, bureau 300
Québec G1R 5J7

Montréal:
1255, place Philippe,
bureau 708,
Montréal H3B 3G1

Révision linguistique: Francine Gagnon
Dactylographie et mise en page: Carole White

Dépôt légal: 3e trimestre 1987
Bibliothèque Nationale du Québec
ISBN: 2-550-17942-0

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

INTRODUCTION..... 1

1.0 INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES: UN MOYEN POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS EN PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC..... 3

2.0 RECOMMANDATIONS..... 7

2.1 Cadre juridique..... 7

2.2 Champ de pratique..... 9

2.3 Formation..... 10

2.4 Lieux de pratique..... 11

CONCLUSION..... 15

INTRODUCTION

Le Conseil du statut de la femme s'est toujours préoccupé de la santé des femmes et particulièrement de leur autonomie en matière de santé. Les recommandations qu'il formulait dans la politique d'ensemble Pour les québécoises, égalité et indépendance (1978), et les réflexions qu'il livrait au public dans l'Essai sur la santé des femmes (1981) en témoignent éloquemment. Des questions cruciales touchant la fonction reproductrice des femmes étaient alors abordées.

Le Conseil a également donné son avis sur la périnatalité à l'occasion de consultations[1] ou encore lorsque des problèmes ont été soumis à son attention.

L'intérêt qu'il porte actuellement aux techniques de reproduction assistée s'inspire de préoccupations qui ont toujours été les siennes. Il constate malheureusement que la médicalisation de la reproduction atteint maintenant des sommets encore inégalés.

Le Conseil profite de l'invitation qui lui est adressée pour rappeler, une fois de plus, sa position en matière de périnatalité et réclamer des actions concrètes et immédiates dans ce domaine, dont le droit de pratique pour les sages-femmes. Il y voit un moyen primordial de rendre aux femmes l'autonomie perdue dans une fonction qui leur est propre, la maternité.

En réponse aux questions posées par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Conseil soulignera dans un premier temps l'apport des sages-femmes en périnatalité pour ensuite faire connaître sa réaction à chacune des recommandations formulées par le Comité de travail sur la pratique des sages-femmes.

---

(1) CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME. Réaction au document du M.A.S. intitulé "Projet de politique en périnatalité", avril 1985, 10 p.

1.0 INTÉGRATION DES SAGES-FEMMES: UN MOYEN POUR ATTEINDRE LES OBJECTIFS EN PÉRINATALITÉ AU QUÉBEC

Pour le Conseil du statut de la femme, la maternité doit être vécue comme un phénomène naturel et non pas comme une maladie, comme un épisode pathologique qu'une femme ne peut traverser sans le secours du médecin et qui se déroule en fonction de la perception et des décisions de ce dernier.

C'est pourtant ce qu'est devenue la pratique médicale en obstétrique, une pratique centrée prioritairement sur les symptômes plutôt que sur l'identification des causes et, par conséquent, de plus en plus interventionniste: certaines interventions obstétricales, telles que le lavement, la pose de soluté, l'épisiotomie sont devenues routinières; le taux de césariennes, déjà plus élevé au Québec que dans plusieurs pays européens, ne cesse d'augmenter (6,4 % en 1972, 10,9 % en 1976 et 19,0 % en 1985).

La présence d'un médecin lors de l'accouchement, et de plus en plus fréquemment de médecins spécialistes, le lieu où se déroule l'accouchement, soit le centre hospitalier doté d'équipements spécialisés facilement accessibles, et enfin le développement technologique ont contribué à faire de la pratique médicale en obstétrique ce qu'elle est actuellement.

Cette médicalisation de la grossesse et de l'accouchement de même que cette prise en charge de la maternité par l'appareil médico-hospitalier ont eu pour conséquences de priver les femmes de la possibilité de faire des choix, de jouer un rôle actif lors de leur accouchement; en un mot, elles ont perdu la capacité de définir elles-mêmes leur conception de la maternité. D'ailleurs, que ce soit lors des colloques régionaux de 1980 et 1981 dont le thème était "Accoucher ou se faire accoucher" ou par l'action de nombreux groupes, des femmes et même des

couples ont souvent manifesté la nécessité d'une humanisation des soins en périnatalité.

Ce mouvement, il est vrai, a généré des expériences nouvelles en centre hospitalier. La principale est certes la mise sur pied de chambres de naissances, mais leur taux d'utilisation demeure encore peu élevé. Cette situation s'expliquerait par un "manque d'information" des parturientes et une réticence des médecins à pratiquer dans ces lieux(1). La création et la multiplication de ces chambres de naissances sont loin de traduire un profond changement d'attitude chez les intervenant-e-s. Aussi, certaines femmes désireuses de vivre pleinement leur maternité dans un environnement qui leur convient choisissent d'accoucher à domicile.

Pour le Conseil du statut de la femme, permettre aux femmes de vivre sainement une maternité librement consentie et leur assurer de vivre l'accouchement comme un acte naturel sur lequel elles peuvent retrouver le contrôle exigent, dans un premier temps, de leur fournir toutes les informations nécessaires à une prise en charge réelle de façon à briser la relation de dépendance patiente-médecin et démédicaliser les actes entourant l'accouchement.

Le Conseil considère que la sage-femme, dans le cas de grossesses normales, est une ressource nécessaire vers l'atteinte de l'objectif d'humanisation des soins et des services entourant l'accouchement. Les sages-femmes ont développé une pratique orientée vers la normalité du processus de la grossesse et de l'accouchement, une approche globale de la personne qui tient compte autant des aspects psychosociaux que médicaux de la maternité. Aussi, sa pratique se distingue-t-elle par une continuité des services et des soins, du début de la grossesse aux premiers mois de vie de l'enfant.

---

(1) CADIEUX, Sylvie et Ginette LEBEL. Les chambres de naissances dans la région de Montréal, étude réalisée pour Alternative-Naissance, août 1984, p. 28.

De plus, le caractère particulier de la pratique de la sage-femme constitue une réponse qui peut être adaptée aux besoins des clientèles cibles identifiées par le ministère de la Santé et des Services sociaux comme requérant une attention spéciale: femmes enceintes de milieux défavorisés, femmes enceintes des régions éloignées, adolescentes enceintes. Les naissances prématurées et les naissances de petit poids, qui surviennent en plus grand nombre chez les femmes enceintes de milieux défavorisés, sont largement attribuables au manque de support social et à l'usage du tabac: la sage-femme, par la nature même de sa pratique, peut constituer une ressource inestimable pour cette clientèle particulière. De même, elle peut assurer aux femmes enceintes des régions éloignées dont la maternité ne présente pas de risque, de rester auprès des leurs, dans leur milieu. Depuis l'automne 1986, les sages-femmes du Centre hospitalier de l'Hudson sont en train de faire la démonstration que leur pratique, dans ce milieu, a un impact positif sur le plan social et familial. Permettre aux femmes d'accoucher dans leur milieu entraîne également une réduction des coûts occasionnés par le transfert des parturientes. Aux adolescentes enceintes, la sage-femme est aussi en mesure d'offrir un support psychologique et social permettant de vivre plus sereinement une maternité souvent non désirée.

2.0 RECOMMANDATIONS

2.1 Cadre juridique

Le Comité sur la pratique des sages-femmes recommande la création d'une nouvelle corporation professionnelle.

À ce sujet, le Conseil du statut de la femme est d'avis que la profession de sage-femme ne doit pas être assujettie à la Corporation professionnelle des médecins du Québec tel que prescrit dans la Loi médicale présentement en vigueur ou encore être soumise à la Loi des infirmières et des infirmiers.

L'Office des professions du Québec (O.P.Q.) favorise d'ailleurs une telle position lorsqu'il examine la demande de l'Association des sages-femmes du Québec[1] d'être constituée en corporation professionnelle. Il rejette, en effet, l'hypothèse de l'intégration des sages-femmes aux professions existantes reconnaissant que peu d'affinités se sont développées entre les groupes de médecins, d'infirmières et de sages-femmes. "Ainsi, il semble fort douteux que la profession puisse atteindre tout son potentiel si elle est intégrée à l'un ou l'autre de ces groupes existants."[2]

Cependant, pour l'Office, il apparaît prématuré que la profession de sage-femme soit constituée en corporation professionnelle. Leur nombre restreint ne peut leur assurer un revenu annuel suffisant pour remplir

---

(1) Cette association regroupe des infirmières (38 membres en 1985) possédant un diplôme de sage-femme, dont la plupart oeuvre à titre d'infirmières dans le réseau de santé sans toutefois pratiquer la profession de sage-femme.

(2) OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC. Avis au ministre responsable de l'application des lois professionnelles, monsieur Claude Ryan, concernant la demande de l'Association des sages-femmes du Québec d'être constituée en corporation professionnelle, Québec, 19 mai 1987, p. 13.

adéquatement les obligations du Code des professions. De plus, l'absence d'une pratique officielle empêche d'évaluer les conditions d'exercice. Seules les membres de l'Alliance des sages-femmes du Québec, malgré l'illégalité de leur situation, pratiquent leur profession principalement dans la région de Montréal. Et ce groupe "n'a jamais soutenu la requête de constitution en corporation professionnelle présentée par l'Association des sages-femmes au Québec"(1).

Pour ces raisons, l'Office recommande la création d'une nouvelle structure où l'État fournirait une partie des ressources nécessaires pour organiser la mise sur pied de cette profession. Cet organisme aurait pour fonction de fixer les normes de délivrance et de détention des permis, d'émettre ces permis et d'établir les modes de contrôle nécessaires à l'exercice de la profession. La manière dont cette nouvelle structure évoluerait permettrait par la suite à l'Office de juger du mode corporatif lui convenant le mieux.

Par cette recommandation, l'O.P.Q. souhaite soustraire du contrôle des corporations professionnelles existantes l'exercice d'actes professionnels du domaine de la santé sans pour autant créer une nouvelle corporation chargée d'assurer le contrôle des actes ainsi libéralisés. Il restera donc à statuer définitivement sur l'organisation professionnelle et sur les modes de contrôle nécessaires à l'exercice de la profession de sage-femme. Seuls les responsables gouvernementaux seront habilités à trancher cette question en collaboration avec les organismes concernés. Même si, "à court terme, l'avis de l'Office ne modifiera pas grand chose dans la pratique quotidienne des sages-femmes", il constitue, toutefois, "un pas dans la bonne direction"(2) selon la présidente de l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes.

Le Conseil souhaite toutefois que l'organisation professionnelle qui encadrera la pratique de la sage-femme soit telle qu'elle lui assure de

---

(1) SOUMIS, Laurent. "Les médecins font la grimace aux sages-femmes", Le Devoir, jeudi le 25 juin 1987.

(2) Idem.

conserver son originalité. Il presse le gouvernement d'agir rapidement en cette matière.

2.2 Champ de pratique

Le Comité recommande que le champ de pratique des sages-femmes québécoises leur permette une utilisation maximale de leur potentiel.

Le Conseil conçoit que la détermination finale du champ de pratique des sages-femmes ne peut se faire que sous l'égide de l'O.P.Q. par une négociation entre les sages-femmes et les autres professionnels de la périnatalité au Québec, soit les médecins et les infirmières.

Cependant, l'autonomie doit être assurée aux sages-femmes dans leur pratique. Leur champ professionnel doit également se définir autour des événements normaux du processus de la reproduction humaine.

Le Conseil retient, qu'une fois la sage-femme formée et sa pratique reconnue, elle devrait pouvoir, comme le veut la définition internationale de la sage-femme, assurer la supervision nécessaire, les soins et les conseils à la femme enceinte, en travail ou en post-partum, aider la parturiente lors d'accouchements sous sa propre responsabilité et prodiguer des soins au nouveau-né et au nourrisson. Ces soins devraient inclure des mesures préventives, le dépistage de conditions anormales chez la mère et l'enfant, le recours à l'assistance médicale, en cas de besoin, et l'exécution de certaines mesures d'urgence en l'absence d'un médecin. La sage-femme devrait également jouer un rôle important en éducation sanitaire, non seulement pour les patientes mais pour la famille et la communauté. Devraient également faire partie de son champ de pratique l'éducation prénatale et la préparation au rôle de parents.

Le Conseil n'est cependant pas en mesure de définir plus précisément les tâches devant être attribuées à la sage-femme. Il rappelle l'importance qu'il accorde au fonctionnement en équipe multidisciplinaire et au fait que la sage-femme, tout en disposant d'une autonomie d'exercice, devra se situer dans ce contexte de travail.

2.3 Formation

Le Comité recommande une formation de niveau universitaire de premier cycle qui respecte les standards internationaux. Il recommande également l'accès direct à cette formation, de même que sa disponibilité dans le cadre d'un programme de type réseau. Enfin, il favorise une solution de transition qui permette la tenue de projets d'implantation avec des sages-femmes déjà formées.

À la suite de leur démarche de réflexion et d'analyse, le Comité interministériel sur les sages-femmes (MEQ, 1983) et le Comité de travail sur la pratique des sages-femmes (MSSS, 1987) arrivent aux mêmes conclusions quant à la formation d'une sage-femme. L'Association des sages-femmes du Québec et l'Alliance québécoise des sages-femmes praticiennes souhaitent également l'implantation d'un programme de formation de niveau universitaire.

Le Conseil comprend que la tendance actuelle favorise une formation de niveau universitaire. Il s'interroge toutefois sur la nécessité d'un tel degré de formation. La force des sages-femmes réside dans la réputation qu'elles ont d'être proches de leur milieu et de leur clientèle. Le Conseil souhaite que leur formation conserve à tout prix cet aspect vocationnel de leur pratique. D'ailleurs, selon les informations obtenues par l'O.P.Q., celles qui pratiquent actuellement leur profession le font "dans des conditions sécuritaires". Toutes n'ont pas une formation de niveau universitaire.

Le Conseil tient à s'assurer qu'il y ait une reconnaissance de ces sages-femmes et de leur expérience, et ce quel que soit le lieu de leur formation. Il faudra vérifier les connaissances de ces personnes par des moyens appropriés. Le permis de travail pourra être accordé sur analyse du dossier ou après examen.

2.4 Lieux de pratique

Le Comité recommande que différentes possibilités d'implantation de la pratique de la sage-femme dans le système de santé actuel soient expérimentées et évaluées auprès des clientèles cibles, en CLSC avec privilèges hospitaliers, en maison de naissances autonome, en centre hospitalier et par une pratique privée.

Jusqu'à ce jour, le Conseil n'a pas vraiment étudié quels seraient les lieux de pratique les plus propices à la pratique des sages-femmes. Dans la plupart des pays où sa pratique est légale, la sage-femme fait partie intégrante des ressources dans le domaine de la santé et, à ce titre, trouve place dans les structures existantes. C'est du moins ce qui se dégage des informations contenues dans le rapport du Comité interministériel (MEQ, 1983) et de celui du Comité de travail sur la pratique des sages-femmes (MSSS, 1987). Au Québec, la situation en périnatalité est la suivante: les services sont morcelés entre une multitude d'intervenants assumant des responsabilités à un moment ou l'autre de la grossesse et de l'accouchement. Les lieux de pratique sont tout aussi nombreux et cloisonnés les uns par rapport aux autres: bureau du médecin, omnipraticien ou spécialiste (suivi médical de la grossesse, suivi de l'enfant), organismes divers tels CLSC, DSC (préparation à l'accouchement, visite post-partum à domicile), hôpital (tests, échographie, accouchement soit en salle d'accouchement ou en chambre de naissances, suivi postnatal immédiat) et domicile dans de rares cas. Quant aux services postnatals auprès des nouveaux parents,

ils sont inexistants. Mis à part quelques cas d'accouchements à domicile et l'expérience du Centre de maternité de Povungnituk, rappelons que la majorité des accouchements se déroule en milieu hospitalier.

Les lieux de pratique retenus par le Comité de travail sur la pratique des sages-femmes (MSSS, 1987) et par la Comité interministériel (MEQ, 1983) sont sensiblement les mêmes. Cependant, plutôt que de favoriser diverses expérimentations, le Comité interministériel propose un ordre de priorité quant à leur implantation. Dans le but de faciliter l'organisation de lieux de pratique répondant aux habitudes des québécoises, le Comité interministériel sur les sages-femmes (MEQ, 1983) recommandait que la sage-femme soit intégrée dans le réseau des services de santé et rattachée, à titre de salariée, au CLSC ou à ce qui en tient de lieu. La vocation communautaire des CLSC, la pratique de médecine globale et préventive qu'on y privilégie, les équipes multidisciplinaires qu'ils regroupent et leur accessibilité étaient, d'une part, les principaux facteurs qui favorisaient à l'époque ces institutions comme port d'attache de la sage-femme.

Pour que celle-ci puisse en même temps assumer les tâches inhérentes à sa profession, le Comité interministériel était d'avis que des protocoles d'entente devaient être négociés avec les centres hospitaliers, rendant possible l'utilisation des services connexes du département d'obstétrique. Il favorisait également que d'autres lieux d'exercice soient développés à partir des équipements existants et que soient assurées des conditions permettant, à celles qui le désirent, un accouchement à domicile.

Comme solution à long terme, le Comité interministériel sur les sages-femmes (1983) souhaitait que l'on crée, à l'intérieur du réseau de santé, des centres exclusivement consacrés à la naissance où les sages-femmes seraient les principales intervenantes.

Ces propositions des lieux de pratique avancées par le Comité interministériel apparaissent bien fondées. Toutefois, comme le contexte québécois du système de santé a pu évoluer depuis 1983, le Conseil préfère attendre de prendre connaissance des recommandations de la Commission Rochon, quant à l'avenir des CLSC, avant de se prononcer sur le sujet.

Il demeure que l'intégration de la pratique des sages-femmes en milieu institutionnel pourrait être avantageuse. Cela leur permettrait de résoudre les problèmes liés à l'assurance-responsabilité. Les obstétriciens doivent actuellement assumer des coûts très élevés pour une telle assurance. Les sages-femmes pourraient ainsi compter sur le support d'une institution couvrant les risques professionnels inhérents à toute pratique en obstétrique. Cette option ne devrait pas pour autant empêcher les sages-femmes qui ont opté pour une pratique privée d'assumer les coûts d'une telle assurance.

CONCLUSION

La question de la légalisation de la pratique des sages-femmes a été, au cours des dix dernières années, à l'origine de revendications, colloques, regroupements, comités de travail, etc. La plupart de ces instances considèrent la pratique de la sage-femme comme le moyen le plus efficace d'humaniser les soins et les services entourant la grossesse et l'accouchement. Deux rapports gouvernementaux en quatre ans en arrivent aux mêmes conclusions.

Comme il l'a déjà exprimé à plusieurs reprises, le Conseil du statut de la femme voit dans la reconnaissance des sages-femmes un frein à l'emprise médicale et technologique grandissante sur le corps des femmes. Le Conseil estime urgent que le gouvernement et les différentes instances concernées développent une réponse globale aux besoins des femmes enceintes plutôt que strictement biomédicale et technologique. L'urgence d'agir est d'autant plus réelle que, sous le couvert de l'humanisation de l'accouchement, des transformations et des innovations sont actuellement apportées dans les départements d'obstétrique de certains centres hospitaliers. Elles ne constituent qu'un réaménagement physique de lieux et justifient l'utilisation de matériel sophistiqué qui ne tient nullement compte des désirs profonds et des besoins réels des femmes. Et alors que la sage-femme est considérée comme la pierre d'assise d'une humanisation des soins et services en périnatalité, celle-ci est totalement absente de ces projets.

Finalement, le Conseil estime que les démarches de réflexion sur la pertinence d'introduire une nouvelle intervenante dans le domaine de la périnatalité doivent maintenant céder le pas à la mise en place des conditions qui vont favoriser la pratique des sages-femmes au Québec. Il en va de la démédicalisation d'un phénomène naturel et de l'autonomie et de la santé des femmes du Québec.